Poder Judicial de la Nación

Cédula de Notificación

25000095703088

FC Juzgado **BJ**

Fecha de emisión de notificación: 31/julio/2025

Sr/a: JAVIER HORACIO POLICARDO

Domicilio: 20255081439

Tipo de domicilio **Electrónico**

Carácter: **Sin Asignación**
Observaciones especiales: **Sin Asignación**
Copias: **N**
Tribunal: **JUZGADO FEDERAL DE BELL VILLE** - sito en **CÓRDOBA 246**

Hago saber a Ud- que en el Expte Nro. **3** / **2023** caratulado: **P., A c/ O.S.E.C.A.C. s/AMPARO LEY 16.986**
en trámite ante este Tribunal, se ha dictado la siguiente resolución:

Queda Ud. legalmente notificado
Fdo.: VIRGINIA AMBROSINI, SECRETARIA FEDERAL

Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE BELL VILLE

MGM

FCB 3/2023

P., A c/ O.S.E.C.A.C. s/AMPARO LEY 16.986

Bell Ville, Julio de 2025.

Y VISTOS:

Estos autos caratulados: ***"P., A c/ O.S.E.C.A.C. s/AMPARO LEY 16.986 – EXPTE. FCB 3/2023"***, venidos a despacho a los fines de dictar sentencia;

DE LOS QUE RESULTA:

I) En fecha 02/01/2023 se presenta P. A., con el patrocinio letrado del Dr. Javier H. Policardo y promueve acción de amparo en contra de OSECAC con el objeto de que la demandada brinde cobertura integral, al ciento por ciento (100%), de la realización de una mastoplastía de reducción de reducción en T invertida con fines reparadores y reconstructivos, junto con la cobertura, de todo el instrumental quirúrgico y de la internación que se requiera a los efecto de dicha cirugía.

En su relato de los acontecimientos, manifiesta que es afiliada a la obra social OSECAC, es soltera y tiene 19 años de edad.

Relata que, debido a molestias recurrentes, dolores en la espalda y el cuello, así como dificultades para realizar actividades físicas y estéticas que le generaban incomodidad con su propio cuerpo, asistió durante varios años a sesiones de fisioterapia y/o kinesiología, conforme a la indicación de su médica clínica, la Dra. Franzutti. Señala que, al no obtener una solución definitiva con dichos tratamientos, el 10 de agosto de 2022 volvió a consultar a su médica, quien le sugirió una interconsulta con un cirujano plástico con el fin de evaluar la posibilidad de una reducción mamaria.

Indica que, el 19 de agosto de 2022, fue atendida por el cirujano plástico Dr. Franco Maurino, quien le diagnosticó gigantomastía bilateral, acompañada de mastodinia y cervicalgia, y le prescribió la realización de una mastoplastía de reducción con técnica en T invertida, con fines reparadores y reconstructivos.

Informa que presentó la solicitud del procedimiento ante la obra social, la cual respondió por correo electrónico que, si la intervención médica se realizara a través de un ginecólogo o un cirujano general, estaría cubierta por la demandada y aclararon que,

#37415507#430385039#20250730132713626

al tratarse de una cirugía plástica, se encuentra fuera de convenio y no cuenta con cobertura.

Manifiesta que, ante dicha situación, interpuso formal demanda, la cual tramitó bajo el expediente N.º 39037/2022; sin embargo, fue rechazada *in limine.*

Expone que reiteró el pedido de manera formal mediante el envío de una carta documento dirigida directamente a la demandada, obteniendo como respuesta el mismo contenido previamente recibido por correo electrónico. Refiere que, en dicha comunicación también se le "sugiere" solicitar un turno con un profesional de la especialidad indicada en la cartilla médica, a fin de que éste prescriba la orden pertinente. Sostiene que dicha sugerencia resulta improcedente, ya que el objeto de su reclamo radica precisamente en que la cirugía sea cubierta y practicada por un cirujano plástico, conforme fue prescripto.

Señala que, de acuerdo con la solicitud médica de fecha 19 de agosto de 2022, la cirugía en cuestión tendría un impacto positivo en su calidad de vida y en su estado de salud general. Destaca, además, que la intervención no puede ser realizada por un ginecólogo o un cirujano general, dado que no se trata únicamente de una reducción mamaria, sino de una cirugía con carácter reparador y reconstructivo. En tal sentido, tanto la Dra. Franzutti como el Dr. Maurino coinciden en que el procedimiento debe ser llevado a cabo por un profesional especializado en cirugía plástica.

Expone que, en virtud de lo expuesto y ante la negativa de la Obra Social a cubrir la cirugía solicitada por medio de un cirujano plástico, se vio obligada a recurrir a la vía del amparo y acompañó consentimiento informado.

Por ultimo, funda su derecho, ofrece pruebas y hace reserva de caso federal.

II) Mediante proveído de fecha 13/02/2023 se da intervención al Ministerio Público Fiscal y se le corre vista a los fines de que se expida sobre la competencia del Tribunal, quien contesta el día 24/02/2023 y manifiesta que este Juzgado Federal resulta competente en razón de la materia y del territorio para entender en la presente acción de amparo.

#37415507#430385039#20250730132713626

MGM

FCB 3/2023

P., A c/ O.S.E.C.A.C. s/AMPARO LEY 16.986

III) En fecha 01/03/2023, se declara la competencia del tribunal para entender en la presente causa y previo a dar trámite a la acción intentada y atento que de las constancias incorporadas no surgía que la actora haya cumplimentado con el trámite y procedimiento indicado por la demandada mediante carta documento de fecha 16/12/2022, se requirió que acredite dicha circunstancia.

IV) A continuación, la parte actora interpone un recurso de reposición contra el proveído de fecha 01/03/2023, el cual es rechazado mediante providencia del 14/03/2023. En esta misma decisión, se rechaza *in limine* la acción de amparo presentada, la cual es apelada por la parte actora a través de un escrito presentado el 20/03/2023. La Cámara Federal de Apelaciones de Córdoba, el 07/07/2023 hace lugar al recurso de apelación interpuesto por la parte actora y revoca el proveído dictado con fecha 14 de marzo de 2023.

V) Radicadas las actuaciones en el Tribunal, se ordena requerir a la Obra Social Unión Personal informe circunstanciado acerca de los antecedentes y fundamentos de la medida impugnada, conforme lo prevé la Ley 16.986 en su art. 8.

Seguidamente, se certifica por Secretaría que el plazo otorgado a la parte demandada para contestar dicho informe venció el 11/10/2023 a las 09:30 horas.

La parte actora acompaña constancia de notificación a la parte demandada del decreto de fecha 18/09/2023 con firma y sello de recepción de la obra social.

En este contexto, se considera decaído el derecho dejado de usar por la parte demandada, dado que ha transcurrido el plazo procesal para evacuar el informe que prevé el art. 8 de la Ley 16.986. Se procede a abrir a prueba la presente causa y se acepta la prueba documental ofrecida por la parte actora.

Por último, pasan los autos a despacho para resolver.

Y CONSIDERANDO:

1) Llegan a despacho las presentes actuaciones a fin de resolver si corresponde en el caso bajo examen, hacer lugar a la acción impetrada y ordenar a OSECAC la cobertura integral al cien por ciento de mastoplastía de reducción en T invertida con

#37415507#430385039#20250730132713626

fines reparadores y reconstructivos, junto con la cobertura, de todo el instrumental quirúrgico y de la internación que se requiera a los efecto de dicha cirugía.

A su vez, resulta menester resolver respecto al régimen de costas y regulación de honorarios del letrado representante de la parte actora.

2) Previo a ingresar al tratamiento de la cuestión de fondo, resulta oportuno destacar que OSECAC -Delegación Villa María-, pese a estar debidamente notificada -mediante oficio con cargo de recepción del día 28/09/2023, no contestó el informe del art. 8 de la ley de amparo. En efecto, al no ejercer su derecho de argumentar sobre los hechos expuestos en la demanda y la autenticidad de los documentos acompañados, los ha reconocido, tal como lo establece el art. 356 inc. 1º del C.P.C.C.N.: *"[...] su silencio, sus respuestas evasivas, o la negativa meramente general podrán estimarse como reconocimiento de la verdad de los hechos pertinentes y lícitos a que se refieran [...]",* por remisión del art. 17 de la ley Nº 16.986.

3) En este estado, debe destacarse que la procedencia de la acción de amparo exige que la acción u omisión lesiva se haya ejecutado con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta. El amparo constituye una herramienta prevista por el ordenamiento jurídico para prevenir o remediar lesiones a derechos exigibles, cuando tales actos u omisiones sean evidentes, palmarios y de carácter ostensiblemente arbitrario o ilegal conforme el artículo 1° de la Ley 16.986 y el artículo 43 de la Constitución Nacional. Por ello, debe recordarse que el amparo no es un proceso equiparable al ordinario, sino un remedio excepcional.

Asimismo, es el carácter manifiesto de la ilegalidad o arbitrariedad de la conducta u omisión lo que habilita la admisión del amparo en forma expedita y rápida. En consecuencia, no resulta suficiente la mera arbitrariedad o ilegitimidad del acto u omisión, sino que la Constitución Nacional exige que tales irregularidades se evidencien de modo "manifiesto".

4) Analizando la documental incorporada en autos y los dichos de la parte actora, se verifica que P. A., es afiliada a OSECAC y presenta un diagnóstico de

#37415507#430385039#20250730132713626

"gigantomastía bilateral", conforme se encuentra acreditado con los certificados médicos emitidos por los Dres. Franco Maurino, cirujano plástico y Natalia Franzutti, médica general (v. Pedidos médicos de fecha 10/08/2022 y 19/09/2022).

A su vez, de la indicación del Dr. Maurino surge que la actora padece de gigantomastia bilateral, acompañada de mastodinia y cervicalgia, por lo que le prescribió la realización de una mastoplastía de reducción con técnica en T invertida, con fines reparadores y reconstructivos (v. Pedido médico de fecha 19/09/2022 y consentimiento informado agregado en autos).

Por su parte, se corrobora con la constancia de correo electrónico agregada a la causa, que la demandada le explicó a la actora que *"solo si se trataba de una cirugía reconstructora de mamas y realizada por ginecólogo o cirujano general esta a cargo de la obra social pero si es por cirujano plástico no"*.

Se comprueba que en fecha 07 de diciembre de 20222, la actora remite carta documento a la demandada en la que le intima a que cumpla con la cobertura al 100% de la cirugía pretendida, a realizarse con el cirujano plástico y médico tratante, Dr. Franco Maurino y que, en respuesta, el 16 de diciembre de 2022, OSECAC le informa que la auditoría médica había resuelto que la práctica quirúrgica solicitada debía ser realizada por un médico cirujano general o ginecológico, y que dicha solicitud debía contar con la debida justificación clínica. *Asimismo, se le sugirió que solicitara un turno con un médico de la especialidad indicada, perteneciente a la cartilla médica de la obra social, para que prescribiera la orden pertinente, en caso de ser necesario.* Posteriormente, debía ingresar la justificación médica del pedido a través de su delegación cabecera para su nuevo análisis conforme a los criterios establecidos.

De lo expuesto entonces se corrobora que no se encuentra en discusión la patología de la amparista y que la cuestión a dilucidar recae en si la demandada se encuentra obligada a a proporcionar la cobertura de la mastoplastía de reducción de

reducción en T invertida con fines reparadores y reconstructivos, junto con la cobertura, de todo el instrumental quirúrgico y de la internación, prescripta por el cirujano plástico Dr. Franco Maurino.

En primer término, es preciso traer a colación la normativa legal aplicable al caso. Así, tengo que el PMO (Programa Médico Obligatorio - Resolución N° 201/2002 del Ministerio de Salud de la Nación) es un programa de salud que establece el conjunto de prestaciones esenciales que los Agentes del Seguro de Salud deben garantizar a sus beneficiarios. Su cumplimiento es de carácter obligatorio, ya que estos agentes no solo financian el sistema, sino que, fundamentalmente, son responsables de asegurar la cobertura sanitaria de la población a su cargo.

En su Anexo I, se detalla la cobertura básica que deben brindar los Agentes del Seguro de Salud. En particular, establece en el apartado de Atención Secundaria que: ***"Los Agentes del Seguro de Salud se encuentran obligados a brindar exclusivamente las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria nacional."*** Dentro de estas especialidades se incluyen, entre otras, **cirugía general y cirugía plástica reparadora**.

Asimismo, el Anexo II especifica las prestaciones que las obras sociales están obligadas a cubrir, **ya sea a través de prestadores propios o contratados.** En este marco, se indica expresamente la obligación de cobertura para intervenciones mamarias, incluyendo: **Código 060105 – Práctica: Operaciones en la mama: mastoplastía.** A su vez, cabe destacar que las obras sociales deben cumplir con sus obligaciones asistenciales a través de la red de prestadores habilitada para tal fin.

En consecuencia, surge claro por un lado, que la cirugía se encuentra dentro de las prestaciones médico asistenciales que deben brindar cobertura las obras sociales y por otro, que los afiliados están obligados, a utilizar la red de prestadores que ofrece la obra social, salvo por situaciones excepcionales debidamente justificadas, tales como casos de urgencia, inexistencia de profesionales especializados, o falta comprobada de idoneidad del prestador asignado. Es decir que para autorizar la cobertura de prestaciones con prestadores externos a los de la red ofrecida por la obra social, debe

#37415507#430385039#20250730132713626

estar debidamente probada y acreditada la necesidad del afiliado de recibir atención por parte de un prestador ajeno a dicha cartilla.

En ese orden de ideas, y de acuerdo a la prueba rendida en autos, entiendo que de la prueba colectada (solo documental) no surgen elementos que permitan convalidar la postura asumida por la actora en cuanto a la negativa de realizar una consulta médica con un médico cirujano general o ginecológico, y que dicha solicitud deba contar con la debida justificación clínica y/o que no solicitar un turno médico de la especialidad que sea prestador de la obra social. Es decir, **no se adjuntaron justificativos médicos que permitan avalar -como lo sostiene la accionante- que la cirugía deba ser realizada necesariamente por un médico cirujano plástico.**

Por otra parte, tampoco acompañó un informe médico que de cuenta de los motivos clínicos y/o de salud por los cuales la práctica no podía ser realizada por un médico cirujano general o ginecológico y de la cartilla como lo proponía la demandada.

A su vez, no se encuentra acreditado que la obra social carezca de médicos cirujanos plásticos para realizar la intervención reclamada o que los especialistas que estén en la cartilla de la obra social carezcan de idoneidad para realizar la práctica requerida ni que el médico cirujano plástico que prescribió la práctica sea prestador de la obra social.

En otras palabras, considero que para avalar legalmente la postura de la amparista se debió probar que la demandada carecía de médicos especialistas para realizar la cirugía, que la cirugía debía ser realizada por un cirujano plástico y que la obra social carecía de prestadores propios para realizar la mastoplastía reclamada. La sola indicación médica de una determinada prestación no implica, por sí misma, el derecho absoluto del afiliado a elegir libremente profesionales ajenos al sistema prestacional previsto por la obra social, salvo que se acredite de manera fehaciente la necesidad de dicha elección excepcional**, circunstancia que no ha acontecido.**

En este sentido, la ausencia de un informe médico que justifique específicamente que la intervención quirúrgica debía ser realizada por un cirujano plástico y por un médico que -en principio- no es prestador de la obra social, resulta determinante. Ello, dado que la carga de la **prueba recae sobre quien pretende apartarse del esquema prestacional regular y en el presente caso dicha carga no ha sido debidamente satisfecha (cfme. Art. 377 del C.P.C.C.N.).**

5) Por lo tanto y en función de la prueba obrante en autos, considero que no se encuentra acreditado que la cirugía solicitada —mastoplastia de reducción con técnica en "T" invertida— deba ser realizada exclusivamente por un profesional ajeno al cuerpo médico de la obra social.

Tampoco se ha probado que los prestadores disponibles carezcan de la idoneidad profesional necesaria o que no estén en condiciones de garantizar una adecuada ejecución del procedimiento.

Del mismo modo, no se ha presentado evidencia médica suficiente que justifique la negativa a consultar con un cirujano general o ginecólogo perteneciente al listado de prestadores, ni se ha demostrado que la obra social no cuente con profesionales en cirugía plástica reparadora habilitados para llevar a cabo la práctica requerida.

En consecuencia, no habiéndose demostrado la necesidad clínica ni la imposibilidad de realizar la intervención con los profesionales de la cartilla, corresponde rechazar la pretensión de la parte actora en los términos planteados.

No observar esta deficiencia probatoria al momento de juzgar, no solo implica desconocer el PMO sino obviar la carga que pesa sobre la parte actora de acreditar sus alegaciones (cfme. Art. 377 del C.P.P.C.N.).

En ese marco, reitero que corresponde a las partes acreditar las circunstancias fácticas que invocan. Ello obedece a la estructura misma de nuestro sistema procesal, en el cual los hechos, por ser los fundamentes de la pretensión, deben ser acabadamente verificados o probados a fin de poder ser tomados en consideración (Cámara Federal de

#37415507#430385039#20250730132713626

Apelaciones - Sala B- en autos T.,M. O c/ O.S.E.C.A.C. S/ LEYES ESPECIALES (diabetes, cáncer, fertilidad" - Expte. FCB 20410/2023/CA1). En consecuencia, por aplicación de las reglas que rigen la carga de la prueba (cfr. art. 377 párrafos. 1° y 2° del C.P.C.C.N.), le correspondía a la actora acreditar la causal invocada como sustento de su decisión; circunstancia no acaecida en autos.

Bajo esta línea de análisis, no resulta suficiente probar que la demandada no autorizó la prestación de la mastoplastía atento a que, no se acreditaron las razones necesarias para avalar que la cirugía debía ser realizada en las condiciones y términos reclamados por la actora.

Por lo tanto, corresponde no hacer lugar a la acción de amparo interpuesta por P. A contra O.S.E.C.AC..

6) De acuerdo a la cuestión descripta en el considerando anterior, las costas se imponen a la actora por no mediar razones que me aparten del principio general de la derrota, conforme lo dispuesto por el art. 68 del C.P.C.C.N. -primera parte-, de aplicación subsidiaria según lo dispuesto por el art. 17 de la ley 16.986.

7) Los honorarios del letrado patrocinante de la parte actora se regularán conforme lo dispuesto por los arts. 15, 16, 19, 26, 29, 48 y 51 de la ley Nº 27.423, lo señalado por la Acordada N° 36/2023 y la Resolución Nº 3369/2023 de la C.S.J.N. Dicho esto, teniendo en cuenta el trabajo profesional realizado por la parte actora en la presente causa: esto es, demanda, diligencias, la extensión y calidad jurídica de la labor desarrollada, la cuestión planteada, el resultado obtenido y la trascendencia económica y moral que reviste para el interesado la cuestión en debate y no habiéndose producido prueba, corresponde fijar los honorarios del Dr. Javier H. Policardo en la cantidad de veinte (20) UMA, cuyo valor a la fecha es de $73.204 según lo dispuesto por la C.S.J.N. mediante Resolución SGA N° 1432/2025, lo que representa la suma de pesos un millón cuatrocientos sesenta y cuatro mil ochenta ($ 1.464.080).

8) Por otro costado, es preciso recordar a los letrados intervinientes el complemento de los Aportes Previsionales y Colegiales; todo de conformidad a la

#37415507#430385039#20250730132713626

Resolución Nº 484/10 emanada del Consejo de la Magistratura de la República Argentina y la aclaratoria efectuada con fecha 10/04/2012 por la Cámara Federal de Apelaciones de Córdoba.

Por lo expuesto:

RESUELVO:

I) No hacer lugar a la acción de amparo interpuesta por el P. A contra O.S.E.C.AC.

II) Imponer las costas a la actora (art. 68 del CPCCN, de aplicación subsidiaria según lo dispuesto por el art. 17 de la ley 16.986).

III) Regular los honorarios del Dr. Javier Horacio Policardo en la cantidad de veinte (20) UMA, cuyo valor a la fecha es de $73.204, según lo dispuesto por la C.S.J.N. mediante Resolución SGA N° 1432/2025, lo que representa la suma de pesos un millón cuatrocientos sesenta y cuatro mil ochenta ($ 1.464.080).

IV) Recordar a los letrados intervinientes el complemento de los Aportes Previsionales y Colegiales; todo de conformidad a la Resolución Nº 484/10 emanada del Consejo de la Magistratura de la República Argentina y la aclaratoria efectuada con fecha 10/04/2012 por la Cámara Federal de Apelaciones de Córdoba.

V) Regístrese y hágase saber.

#37415507#430385039#20250730132713626